OrganspendeWIDERSPRUCH (opt-out) und Patientenverfügung

☐ ergänzend zu meiner Patientenverfügung vom __.__.____.
Bei etwaigen Widersprüchen oder Unklarheiten geht dieser Organspendewiderspruch allen anderen Erklärungen vor. Dies gilt auch dann, wenn sie jüngeren Datums sind.
An diesen Widerspruch sind auch meine gesetzlichen Vertreter/innen gebunden.

Vorname(n) und Nachname:	
geboren:	am in
Wohnort und Straße:	

1. Ich untersage bei infauster Prognose ausdrücklich jegliche Art von Hirntoddiagnostik (Irreversibler Hirnfunktionsausfall - IHA) inklusive den Apnoetest.
2. Ich widerspreche der Entnahme von Organen, Geweben und/oder Knochen.
3. Ich untersage bei infauster Prognose eine Verlegung aus einem peripheren Klinikum an den Ort der Transplantationseinheit.
4. Ich untersage jegliche Maßnahmen zur Spenderkonditionierung und fremdnützige Organuntersuchungen zum Zweck der späteren Organentnahme. Außerdem das Absetzen von Schmerz- und Beruhigungsmittel im Vorfeld einer Hirntoddiagnostik.
5. Bei absehbarem Zusteuern auf eine Hirntodsymptomatik oder der sicheren Prognose meines baldigen Todes möchte ich, dass meine Behandlung auf eine palliative Therapie umgestellt wird, nach Absprache und Zustimmung meiner gesetzlichen Vertreter/innen und/oder Angehörigen.
6. Ich untersage ausdrücklich die Hinzuziehung der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Eurotransplant und/oder anderer Organisationen, deren Ziel eine Organspende ist und die mit der Vermittlung und Abwicklung von Organtransplantationen befasst sind. Ich untersage ausdrücklich die Weitergabe meiner Daten an die vorgenannten Organisationen.
7. Ich untersage Transplantationsbeauftragten meine Behandlung und den Zugang zu meinen Daten.
8. Sollten meine gesetzlichen Vertreter/innen oder Angehörigen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus wünschen, so stimme ich dem ausdrücklich zu. Ich bin mir bewusst, dass dies für mich mit Risiken und Kosten verbunden sein kann.
9. Meinen gesetzlichen Vertreter/innen steht eine Kopie meiner Krankenakte zu (§ 630g BGB). Ich entbinde hierfür ausdrücklich die mich behandelnden Ärzte- und Pflegeschaft von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
10. Ich untersage auch die Implantation von Organen, Gewebe und/oder Knochen von Dritten.

Ort, Datum und Unterschrift